



OFICINA LOCAL	NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE CASO	FECHA

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
AVISO DE DENEGACIÓN/TERMINACIÓN

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
DENIAL/ TERMINATION NOTICE

DOBLAR

Los pagos al proveedor del cuidado de niños efectuados por el Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS) se interrumpirán para todo servicio de cuidado de niños proporcionado después de esta fecha. Comuníquese con su proveedor para acordar los futuros pagos del cuidado de niños.

A. El _____ usted solicitó ayuda con el cuidado de niños bajo el programa WCCC. No podremos ayudarle porque (conforme WAC 388-290):

- Usted retiró su solicitud de ayuda para cuidado de niños.
- No tiene un niño que califique bajo WAC 388-290-0015.
- Sus actividades no cumplen con los requisitos estipulados en WAC 388-290-0040, 0045 ó 0050.
- Usted es financieramente elegible para subsidios de cuidado de niños, sin embargo, su proveedor fue descalificado bajo WAC 388290-0130. Debe elegir otro proveedor. Si para el _____ usted no proporciona información de un nuevo proveedor, decidiremos que usted ha retirado su solicitud de ayuda para cuidado de niños.
- Su ingreso está por sobre el Nivel Federal de Pobreza (FPL) máximo permitido para calificar para el programa según lo estipulado en WAC 388-290-0010.
- Usted no proporcionó la información necesaria para determinar su elegibilidad.
- Otro: _____

B. Su elegibilidad para Working Connections Child Care (WCCC) finalizará el _____. Los pagos de los subsidios para el cuidado de niños se interrumpirán en esa fecha.

- Usted retiró su solicitud de ayuda para cuidado de niños.
- Ya no tiene un niño que califique bajo WAC 388-290-0015.
- Sus actividades no cumplen con los requisitos estipulados en WAC 388-290-0040, 0045 ó 0050.
- No ha pagado o no ha hecho los arreglos necesarios para pagar sus pagos requeridos.
- Usted es financieramente elegible para subsidios de cuidado de niños, sin embargo, su proveedor fue descalificado bajo WAC 388-290-0130. Debe elegir otro proveedor. Si para el _____ usted no proporciona información de un nuevo proveedor, decidiremos que usted ha retirado su solicitud de ayuda para cuidado de niños.
- Su ingreso está por sobre el Nivel Federal de Pobreza (FPL) máximo permitido para calificar para el programa según lo estipulado en WAC 388-290-0010.
- Otro: _____

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una Audiencia imparcial comunicándose con esta oficina o escriba a Office of Administrative Hearings (Oficina de audiencias administrativas), PO Box 42489, Olympia WA 98507-2465. Debe solicitar su audiencia imparcial dentro de 90 días a partir de la fecha en que reciba esta carta. En la audiencia, tiene el derecho de representarse a sí mismo o de ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Podría obtener representación o asesoría legal al comunicarse con una oficina de servicios legales. Podría ser elegible para recibir beneficios continuos en espera del resultado de la Audiencia imparcial.

Si tiene preguntas, llame al _____ para comunicarse conmigo.

ATENCIÓN MÉDICA PARA SUS NIÑOS

¿Sabía usted que puede obtener cobertura médica y dental para sus niños? ¡No hay una lista de espera y es tan fácil como 1-2-3!

1. ¿Recibe algún tipo de ayuda del estado como por ejemplo estampillas para alimentos o ayuda en efectivo?
 - **SÍ:** llame al empleado financiero a cargo de su caso y solicite cobertura médica para su(s) niño(s).
 - **NO:** llame al número de teléfono sin cargo de la Asistencia médica para niños al 1-800-204-6429.
2. Proporcione al funcionario la información necesaria para determinar si usted es elegible. Es posible que ya tengan la información o puedan obtenerla por teléfono.
3. Reciba la tarjeta de atención médica por correo.

¡No espere - la cobertura médica está a la distancia de una llamada telefónica!